UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1964 N° 61

L'ENDOMÉTRIOSE DU SIGMOÏDE

A propos d'un cas

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juin 1964

PAR

René ROCHERON

Membres du Jury :
- MM. Paul GUILHEM, Président
- PONTONNIER, René RUFFIÉ, LARENG — Assesseurs
- Guy ESPAGNO, Suppléant

AGEN
IMPRIMERIE MODERNE
43, Rue Voltaire
1964

L'ENDOMÉTRIOSE DU SIGMOÏDE

A propos d'un cas

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546523_0100

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1964 N° 61

L'ENDOMÉTRIOSE DU SIGMOÏDE

A propos d'un cas

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juin 1964

PAR

RENÉ ROCHERON

Membres du Jury :
- MM. Paul GUILHEM, Président
- PONTONNIER, René RUFFIÉ, LARENG — Assesseurs
- Guy ESPAGNO, Suppléant

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

AGEN
IMPRIMERIE MODERNE
43, Rue Voltaire
1964

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen. . . . . M. LAZORTHES
1er Assesseur. . . . . M. BLANC
2me Assesseur. . . . . M. SOREL

DOYENS HONORAIRES

MM. GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RIBAUT, VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BOUNHOURE, BUGNARD.

SECTION MÉDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale. . . . MM. MERIEL.
Clinique médicale. . . . GADRAT.
Clinique chirurgicale et gynécologique. . . . FABRE (P.).
Clinique chirurgicale et du cancer. . . . . GRIMOUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . . . . VIRENQUE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . BAZEX.
Clinique des maladies de la tuberculose et path. interne. . . . . MOREL.
Clinique des maladies des voies urinaires. LHEZ.
Clinique médicale infantile et puériculture. . . . . SOREL.
Clinique médicale de la 1re enfance. . . . . BARDIER.
Clinique de neurochirurgie. . . . . LAZORTHES.
Clinique neurologique et psychiatrique. . . . GERAUD.
Clinique obstétricale. . GUILHEM (P.).
Clinique odonto - stomatologique. . . . . CADENAT.
Clinique ophtalmologique. . . . . CALMETTES.
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale. . . . . CALVET.
Clinique rhumatologique. . . . . RUFFIE (R.).
Clinique traumatologique des membres. RIEUNAU.
Accouchement et obstétricie sociale. . . . PONTONNIER.
Anatomie. . . . . N . . .
Anatomie appliquée. . POULHES.
Anatomie pathologique. . . . . FABRE (J.).
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale. ANDRIEU.
Biophysique médicale. AUVERGNAT.
Chimie biologique. . . . VALDIGUIE.
Electro-radiologie. . . . MARQUES.
Embryologie générale. BROUSSY (J.).
Histologie. . . . . BIMES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie. . . . . DARNAUD.
Médecine légale et médecine du travail. . . PLANQUES.
Médecine sociale. . . . . MONNIER.
Parasitologie. . . . . BOUISSET.
Pathologie chirurgicale . . . . . DAMBRIN.
Pathologie générale et médecine expérimentale. . . . . SENDRAIL.
Physico-chimie. . . . . N . . .
Physiologie. . . . . LAPORTE (Y.).
Physiologie appliquée et pharmacologie. . . BAISSET.
Propédeutique médicale. . . . . LAPORTE (J.).
Thérapeutique. . . . . DARDENNE.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée. . . . . MM. COULOUMA.
Bactériologie. . . . . Mme ENJALBERT
Biochimie médicale. . . DOUSTE-BLAZY.
Maladies infectieuses. . ARMENGAUD.
Oto-Rhino - Laryngologie. . . . . CLAUX.
Pathologie médicale. . BOULARD.
Pathologie chirurgicale. . . . . LAGROT.
Physique médicale. . . . BRU.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie et Embryologie . . . . . MM. PLANEL.
Ophtalmologie. . . . . DEODATI.
Parasitologie. . . . . RUFFIE (J.).
Physiologie. . . . . MONTASTRUC.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie. . . . . MM. BASTIDE.
Anatomie Pathologique. . . . . BOUISSOU.
Anesthésiologie . . . . LARENG.
Carcinologie. . . . . ESTRADE.
Chirurgie générale. . . ENJALBERT.
Chirurgie générale. . . GEDEON.
Chirurgie générale. . . SARRAZIN.
Chirurgie générale. . . SOUQUET.
Electrocardiologie. . . PONS.
Hématologie . . . . . DUCOS.
Histologie et embryologie. . . . . GUILHEM (A.).
Pathologie expérimentale. . . . . GLEIZES.
Physiologie. . . . . BESSOU.
Physique médicale. . . . COMMANAY.
Pneumo-phtisiologie. . MIGUERES.

AGRÉGÉS

Médecine générale. . . . MM. RIBAUT.
Médecine générale. . . . CALAZEL.
Médecine générale. . . . RASCOL.
Médecine générale. . . . LE TALLEC.
Médecine générale. . . . RIBET.
Chirurgie générale. . . . FICAT.
Chirurgie générale. . . . PASQUIE.
Chirurgie générale. . . . GAUBERT.
Dermatologie et syphiligraphie. . . . . DUPRE.
Hydrologie. . . . . DENARD.
Médecine légale. . . . . GREZES-RUEFF.
Neurochirurgie. . . . . ESPAGNO (J.).
Neurologie et psychiatrie. . . . . GAYRAL.
Obstétrique. . . . . ESPAGNO (G.).
Ophtalmologie. . . . . BEC.
Pneumo-phtisiologie . DELAUDE.

AGRÉGÉS LIBRES

Anatomie. . . . . MM. THOMAS.
Pathologie chirurgicale. . . . . DIEULAFE.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie. . . . . Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle. . . . . MM. BOURBON.
Chimie pharmaceutique. . . . . BLANC.
Matière médicale. . . . . VINCENT.
Pharmacie chimique et pharmacodynamie . CAUJOLLE.
Pharmacie galénique. STANISLAS.
Zoologie . . . . . ROUX.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Botanique. . . . . MM. ROQUES.
Pharmacie. . . . . COUTURIER.
Sciences Naturelles. . . Mme CAUJOLLE.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Microbiologie. . . . . MM. BREUILLAUD.
Sciences Physiques. . . PITET.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Toxicologie . . . . . BROUSSY (G.).

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal. . . M. ROCHE.
Secrétaire. . . . . M. BERRUT.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A MA GRAND-MÈRE

A MES PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance et de ma grande affection.

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

En gage d'un profond sentiment.

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL GUILHEM,

Professeur de Clinique Obstétricale,

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter de présider notre jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond attachement.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONTONNIER

Professeur d'Accouchement et d'Obstétricie Sociale

Au cours de nos études vous nous avez fait bénéficier de votre enseignement clair et précis. Nous sommes heureux de pouvoir vous exprimer aujourd'hui tout notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RENÉ RUFFIÉ

Professeur de Clinique Rhumatologique,
Médecin des Hôpitaux

En témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement vivant que vous nous avez prodigué lors de nos études et pour l'honneur que vous avez bien voulu nous faire en siégeant parmi nos juges.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LARENG

Maître de Conférences Agrégé d'Anesthésiologie

Vous nous avez fait le très grand honneur de nous accepter au nombre de vos élèves. Vous nous avez fait bénéficier de votre précieux enseignement. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance et de notre profond dévouement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUY ESPAGNO

Professeur Agrégé d'Obstétrique

Nous garderons le souvenir de la clarté de votre enseignement lors de nos stages en obstétrique. Permettez-nous de vous exprimer ici nos très vifs remerciements et notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOLMÈDE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris
Chirurgien Chef à l'Hôpital de Cahors

Vous nous avez inspiré ce sujet de thèse et apporté des conseils éclairés dans l'élaboration de ce travail.

Nous vous garderons fidèlement une profonde reconnaissance pour vos précieux conseils dont bénéficie chaque jour notre vie médicale et pour les sentiments d'amitiés que vous avez toujours bien voulu nous témoigner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. PONTONNIER

Ancien Interne des Hôpitaux
Chef de Clinique — Assistant à la Faculté

En qui nous avons trouvé un guide précieux dans l'élaboration de cette thèse. Son concours ne s'est jamais démenti. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. FOURNIÉ

Interne des Hôpitaux

Il a été un collaborateur très apprécié. Qu'il veuille bien accepter nos très sincères remerciements.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

En témoignage de notre reconnaissance.

A TOUS LES MÉDECINS DE L'HOPITAL DE CAHORS

Remerciements pour leurs conseils amicaux et pour l'excellent accueil qu'ils m'ont toujours réservé.

INTRODUCTION

A l'occasion d'un cas d'occlusion aiguë due à une endométriose sigmoïdienne, nous avons revu les cas d'endométriose colique publiés dans la littérature de 1920 jusqu'à nos jours.

Nous avons ainsi regroupé 108 cas d'endométriose colique, et essayé de dégager quelques traits cliniques et l'attitude thérapeutique actuelle.

Nous exposerons successivement:

— 1° *Notre observation;*

— 2° *Revue des 108 observations que nous avons colligées;*

— 3° *Considérations d'ensemble de ces 108 observations envisageant: le problème de l'occlusion dans les endométrioses coliques, des hémorragies digestives, du caractère rythmique des signes;*

— 4° *Les éléments du diagnostic;*

— 5° *Le traitement actuel;*

— 6° *Les conclusions.*

Notre observation

M^me^ L. R.., 33 ans, sans profession.

— *Antécédents chirurgicaux :*

Appendicectomie en 1952 pour appendicite chronique et intervention pour des hémorroïdes en 1954.

— *Antécédents obstétricaux :*

2 enfants âgés de 6 et 8 ans. Les grossesses et les accouchements ont été normaux.

— *Antécédents médicaux :*

Réglée à 13 ans, cycles réguliers de 28 jours, durée des règles 3 jours, on note cependant une dysménorrhée du premier jour des règles, puis sédation des douleurs les jours suivants. Depuis un an, il apparaît des douleurs 48 heures après le début des règles.

Depuis quelques mois elle souffre continuellement avec apparition de phénomènes de cystite et de colite (faux besoins et émissions de glaires). A l'occasion de celle-ci, on avait fait une radiographie (lavement baryté) qui avait montré une zone sigmoïdienne (bas sigmoïde) s'injectant mal, semblant sténosée, mais l'image n'évoquait nullement une sténose néoplasique.

— *La crise actuelle :*

Elle a débuté le 10 décembre 1962, 48 heures après le début des règles, par des douleurs à type de coliques que la

malade décrit comme une sensation de torsions rythmées apparaissant sur un fond douloureux permanent, et accompagnées de nausées et d'arrêt des matières et des gaz depuis 24 heures.

A l'examen, on note seulement une augmentation de volume diffuse de l'abdomen. Une radioscopie montre des niveaux liquides.

Le pouls est accéléré à 100. La température est 37° 8. Deux lavements ont été donnés sans succès.

On met en place une aspiration, une réhydratation et un traitement antispasmodique (diaspasmyl et atropine). Devant l'échec de ce traitement médical on décide d'intervenir.

Première opération : 12 décembre 1962.

— Chirurgien : Docteur Toulemonde,
— Anesthésiste : Docteur Sauvé.

Laparotomie médiane sous ombilicale. On trouve à l'ouverture un colon gauche descendant très dilaté se terminant par une zone sténosée sur la partie descendante de l'anse sigmoïde. Cette zone limitée à 5 centimètres de long est indurée. Le sigmoïde sous-jacent est libre. L'utérus est légèrement augmenté de volume mais paraît normal. Les ovaires assez volumineux sont prolabés dans le Douglas. Il n'existe pas d'ascite. Etant donné l'urgence, on se borne à faire une colostomie gauche de décharge sur l'incision médiane. On note que la surface colique au niveau du sigmoïde est parsemée de formations lenticulaires pédiculées de coloration brunâtre. On prélève en vue d'un examen histologique une de ces formations au contact du colon et des annexes gauches.

Il est nécessaire d'attendre la vacuité intestinale et le résultat de cet examen complémentaire avant de réintervenir.

Les suites opératoires sont banales. L'évacuation des matières reprenant rapidement son cours, on constate la disparition des douleurs et du ballonnement et la reprise d'un bon état général.

Examen histologique, (19 décembre 1962).

Tumeur adhérente à la paroi postérieure de l'utérus. Le prélèvement concerne une formation kystique située au contact d'une musculeuse représentant la paroi tubaire. Cette musculeuse est doublée par la muqueuse tubaire congestionnée, œdémateuse et infiltrée d'éléments inflammatoires. La formation kystique proprement dite est pourvue d'un revêtement épithélial cylindrique très régulier, unistratifié, sous-tendu par un chorion légèrement scléreux. Au contact de ce kyste, on remarque dans sa paroi quelques macrophages chargés de pigments sanguins. Il y a lieu de penser que ce kyste, développé sans doute au contact du segment isthmique de la trompe, représente un foyer d'endométriose avec remaniements inflamatoires surajoutés. Aucun signe de tumeur maligne n'est constaté.

Deuxième opération, 8 janvier 1963.

— Chirurgien : Docteur Lolmède,
— Anesthésiste : Docteur Sauvé.

Médiane sous-ombilicale, enlevant la cicatrice de l'opération précédente et circonscrivant la colostomie. On libère de nombreuses adhérences du grêle et de l'épiploon, au voisinage de l'anus colique. Le sigmoïde est libre et on sent sur la branche descendante, nettement au-dessus du Douglas, la zone indurée et sténosée; on note que l'utérus est gros, rond, ferme,

relié par de nombreuses brides velamenteuses au rectum, et que les ovaires augmentés de volume sont fixés au fond du Douglas.

Résection colique passant au-dessus de la colostomie et descendant 4 centimètres au-dessous de la zone sténosée (on a effectué une résection modeste en raison de la certitude que l'on avait, tant par l'aspect macroscopique que par le résultat de l'examen histologique du prélèvement effectué à l'opération précédente, qu'il ne s'agissait pas d'un épithélioma).

Rétablissement de la continuité colique au nylon 000 en un plan. Paroi en deux plans au nylon tressé. Agrafes.

Les suites sont simples. La malade quitte la clinique le 15e jour.

Un mois après elle consulte pour des douleurs pelviennes et vésicales. L'examen gynécologique montre un utérus douloureux et augmenté de volume, particulièrement douloureux à la mobilisation et à la mise en tension des paramètres. Le Douglas, où l'on avait constaté la présence pendant l'intervention précédente des ovaires prolabés et fixés, apparaît comblé et très douloureux à la pression. Une cystoscopie montre une banale cystite du col purement congestive, on ne découvre aucun élément pouvant évoquer une endométriose vésicale.

La malade est mise à l'hormone mâle à haute dose mais n'en éprouve aucun soulagement et, sur sa demande, on doit se résigner à faire, le 20 avril 1963, une hystérectomie totale, avec ablation des annexes.

Les suites ont été bonnes et actuellement la malade va bien.

Etude analytique des 108 observations

A la suite de ce cas, il nous a paru intéressant de revoir les observations d'endométriose du sigmoïde que nous pouvions trouver dans la littérature. Nous avons ainsi groupé 108 observations.

L'exposé dans le détail de chaque observation nous ayant paru de peu d'intérêt, nous avons plutôt centré l'étude de ces observations, disparates par leur origine, sur quelques points qui nous paraissaient intéressants. Nous négligeons volontairement de traiter certaines questions qui ont fait l'objet de nombreuses discussions et restent néanmoins encore mystérieuses, nous pensons en écrivant cela à la pathogénie.

Nous envisagerons successivement :

— 1° les signes d'appel,
— 2° les signes fonctionnels,
— 3° les signes de l'examen clinique,
— 4° les examens complémentaires,
— 5° les découvertes de la laparotomie.

Signes d'Appel

Nous avons d'abord étudié quels furent les signes d'appel.

Nous avons divisé ce paragraphe en début aigu et début subaigu, et avons dressé le tableau suivant :

— A. *Début aigu :* 9,2 % des observations,

Occlusion aiguë ou subocclusion exigeant un traitement urgent : 10 cas, soit 9,2 % des cas.

— *Début subaigu :* 66 % des observations,

— 1. Troubles du transit : 40 cas, soit 37 % des cas,
constipation : 18 cas, soit 16,6 % des cas,
subocclusion : 13 cas, soit 12 % des cas,
diarrhée : 7 cas, soit 6,4 % des cas,
alternance diarrhée-constipation : 2 cas, soit 1,8 % des cas.

— 2. Hémorragie intestinale : 21 cas, soit 19,4% des cas.

— 3. Douleur : 34 cas, soit 31,4 % des cas.

— 4. Tumeur abdominale : 2 cas, soit 1,8 % des cas.

— C. *Endométriome du sigmoïde latent trouvé au cours d'une laparotomie :* 25 % des observations.

— opération gynécologique : 23 cas, soit 21,2 % des cas.

— opération due à une endométriose de la cloison recto-vaginale : 4 cas, soit 3,7 % des observations.

— opération pour endométriome de l'ombilic : 1 cas, soit 0,9 % des observations.

A la suite de cette revue des signes d'appels nous soulignerons :

— 1° la fréquence de l'occlusion aiguë ou de la subocclusion alors que, classiquement, l'endométriose ne donne que des troubles du transit assez légers.

— 2° la fréquence des endométriomes du sigmoïde latents trouvés au cours d'une laparotomie gynécologique.

— 3° la fréquence du mœlena, problème sur lequel nous reviendrons plus loin.

Signes fournis par l'Interrogatoire

— A. *Signes digestifs :*

— 1. Troubles du transit :

— constipation chronique, 28 cas, soit : 25,9 % des observations.

— crises subocclusives, 19 cas, soit : 17,5 % des cas

— diarrhée, 8 cas, soit : 7,4 % des cas.

— alternative diarrhée-constipation, 6 cas, soit : 5,5 % des observations.

— 2. Troubles rectaux (tenesme, faux besoins, douleur à la défécation) : 12 cas, soit : 11,1 % des cas.

— 3. Ballonnement, 6 cas, soit : 5,5 % des cas.

— 4. Mœlena, 23 cas, soit : 21,2 % des cas.

— B. *Douleur abdomino-pelvienne :* 36 cas, soit : 33,3 % des observations.

— C. *Signes gynécologiques :* 50 cas, soit : 46 % des cas.

— 1. Dysménorrhée ; 33 cas, soit 30,5 % des cas.

— 2. Métrorragies : 12 cas, soit : 11,1 % des cas.

— 3. Ménorragies : 6 cas, soit : 5,5 % des cas.

— 4. Irrégularités du cycle : 5 cas, soit : 4,60 % des observations.

Il faut toutefois mettre l'accent sur la valeur non formelle de ces signes, étant donné la multiplicité et les origines très différentes de nos observations.

Les observations que nous avons revues sont parfois incomplètes, l'auteur se penchant sur quelques points particuliers et négligeant de donner la symptomatologie complète.

Ainsi, quelques observations d'endométrioses du sigmoïde latentes trouvées au cours d'une laparotomie gynécologique débutent par la description de cette laparotomie, pour fibrome par exemple, mais les auteurs ne signalent pas la symptomatologie de ce dernier, et les raisons qui les amènent à intervenir.

De même nous ne trouvons des signes gynécologiques que dans 46 % des cas. Nous pouvons nous demander si en réalité ils ne sont pas présents dans un nombre beaucoup plus grand de cas car, dans les observations, les auteurs se sont souvent soigneusement penchés sur le problème digestif négligeant le problème gynécologique.

Signes d'Examen Physique

L'examen physique est décrit dans 94 cas. On trouve :

— A. *Signes gynécologiques :*

— Utérus fibromateux, 21 cas, soit..	22,3 % des cas.
— Masse latéro-utérine, 19 cas, soit	20,1 % des cas.
— Modification d'un cul de sac vaginal, (douloureux, empaté, ou présence d'une masse dans le cul de sac, 6 cas, soit.....	6,3 % des cas.
— Modification de la cloison recto-vaginale (présentant soit une induration douloureuse, soit des points bleus, soit un nodule, soit une masse), 15 cas, soit.....	15,9 % des cas.
— Epaississement des ligaments utéro-sacrés, 1 cas, soit.....	1 % des cas.
— Annexes augmentées de volume, 2 cas, soit	2,1 % des cas.

— Présence de masses pelviennes (sans autres précisions), 1 cas, soit . . . . . 1 % des observations

Après laparotomie et examen anatomo-pathologique, les masses latéro utérines se révèlent être d'origine endométriale, et dans la majorité des cas il s'agit d'endométriose ovarienne.

Quant aux fibromes, il est impossible de préciser leur relation avec la maladie endométriale, car rarement leur examen anatomo-pathologique est effectué.

— B. *Signes abdominaux :*

— Tumeur abdominale, 13 cas, soit 13,8 % des cas.
— Tumeur du rectum, 2 cas, soit.. 2,1 % des cas.
— Tumeur du sigmoïde, 1 cas, soit 1 % des cas.
— Tumeur de l'ombilic, 1 cas, soit 1 % des cas.

Parmi les 13 cas de tumeur abdominale, nous pouvons affirmer qu'après laparotomie, c'est réellement un endométriome du sigmoïde qui était responsable de cette tumeur dans 8 observations.

Dans les autres cas, la laparotomie révèle des lésions génitales associées (fibromes, kystes de l'ovaire) et on ne peut savoir quelle lésion était responsable de la tumeur trouvée à l'examen.

— C. *Examen négatif, 17 cas, soit 18 % des observations.*

En conclusion, on peut considérer que les données positives de cet examen sont très souvent le fait de lésions gynécologiques associées (fibromes, endométrioses de l'ovaire).

Il est important de noter que, dans un certain nombre de cas, l'examen physique révèle des lésions dues à une endométriose du Douglas associée.

Examens complémentaires

Les examens paracliniques pratiqués ont été : la radiographie colique après opacification barytée et la rectosigmoïdoscopie.

— A. *Radiographie :*

Un lavement baryté a été fait dans 58 cas et a donné les résultats suivants :

— Image de sténose : 34 cas, soit.. 58,6 % des cas.
— Image de lacune : 18 cas, soit.. 31 % des cas.
— Image de spasme : 1 cas, soit.... 1,7 % des cas.
— Image négative : 2 cas, soit.... 3,4 % des cas.
— Image ininterprétable : 1 cas, soit 1,7 % des cas.

Dans la grande majorité des observations, la radiographie révèle donc, soit une sténose, soit une lacune. Nous verrons au chapitre « Eléments de diagnostic » comment, parfois, elle peut aider à soupçonner le diagnostic réel.

— B. *La rectosigmoïdoscopie :*

Elle a été accomplie dans 38 cas.
— le résultat fut négatif dans 22 cas, soit 57,89 %.
— dans le reste des cas on trouve :
  — tumeur sur paroi antérieure du rectosigmoïde : 4 cas, soit 10,5 % des cas,
  — fossette de la muqueuse sur un implant rectal : 1 cas, soit 2,6 % des cas,
  — masse polypoïde : 2 cas, soit 5,2 % des cas,
  — rétrécissement rectosigmoïdien : 6 cas, soit 15,7 % des cas.
  — muqueuse inflammatoire : 2 cas ,soit 5,2 % des cas,

— traces de sang ou de mucus : 1 cas, soit 2,6 % des cas.

La rectosigmoïdoscopie est souvent négative, notons que parfois les auteurs la décrivent comme inexploitable car l'examen est très vite arrêté, soit à cause d'une douleur lors de l'introduction au-delà de quelques centimètres de l'appareil, soit par une coudure brusque du recto-sigmoïde.

Nous n'insistons pas sur ces examens, car nous reverrons au chapitre que nous consacrerons au diagnostic leur intérêt. Nous verrons alors de quelle manière, faisant suite à l'interrogatoire et à l'examen physique, ils fournissent des nouveaux éléments sur la voie de la recherche du diagnostic étiologique.

Découvertes de la Laparotomie

Au cours des interventions où fut mise en évidence une endométriose sigmoïdienne, nous avons noté :

1° Dans 77 observations, soit 71,4 % des cas, une autre localisation de l'endométriose associée à l'endométriose sigmoïdienne. Il s'agissait :

— a) *de lésions gynécologiques*
  — fibrome dans 32 cas, soit 29,6 % des cas,
  — endométriose unilatérale de l'ovaire dans 24 cas, soit 22,2 % des cas,
  — endométriose bilatérale de l'ovaire dans 13 cas, soit 12 % des observations.

— b) *d'endométriose du Douglas* dans 22 cas, soit 20,3 % des observations.

— c) *d'endométriose de l'iléon,* dans 3 cas, soit 2,7 % des observations.

— c) *d'endométriose pelvienne étendue* dans 14 cas, soit 12,9 % des cas.

— 2° Dans 31 observations, soit 28,6 % des cas, nous sommes en présence d'une endométriose isolée du sigmoïde.

Dans un deuxième temps, nous avons envisagé le niveau de la lésion intestinale, et nous avons trouvé qu'elle siège sur le sigmoïde dans 91 cas (84,2 % des cas) et sur le recto sigmoïde dans 17 cas (15,7 % des cas).

Assez souvent donc, l'endométriose digestive est la localisation unique, or classiquement les auteurs insistent sur le fait qu'elle est rarement isolée.

Nous signalerons également à la suite de ce tableau que la localisation de l'endométriose à deux segments intestinaux éloignés est quelquefois rencontrée.

Etude synthétique des 108 observations

De l'étude des 108 observations, nous avons essayé d'envisager quelques problèmes particuliers posés dans certains cas.

En premier lieu nous nous sommes penchés sur les observations ayant eu apparemment un début aigu, puis nous avons revu le problème de l'hémorragie digestive dans l'endométriose colique. Et enfin le caractère rythmique des signes par rapport au cycle génital, signe classique de l'endométriose, était-il fréquemment retrouvé dans nos observations ?

1° *Observations ayant eu un début apparemment aigu.*

Dans 10 cas le signe d'appel fut une occlusion aiguë ou une subocclusion exigeant un traitement urgent. Nous avons repris ces 10 observations, que nous avons numérotées de 1 à 10, et nous en avons résumé les signes cliniques et l'évolution.

— *Observation n° 1 :* (Maillet et Duroux, n° 41).

Cette malade présente des douleurs abdominales à la fin des règles augmentant vite d'intensité, s'accompagnant de crises subocclusives caractérisées par des nausées et des vomissements, l'émission de selles glaireuses. Quelques mois après survient une occlusion aiguë. On pratique une laparotomie d'urgence.

— *Observation n° 2 :* (Morice, publié dans la discussion de l'article de Funck-Brentano, n° 24).

Cette femme a consulté son médecin il y a deux mois pour une dysménorrhée et un syndrome d'hyperfolliculinie. Elle entre à l'hôpital pour une occlusion aiguë apparue sans antécédents digestifs. On pratique une laparotomie d'urgence.

— *Observation n° 3 :* (Ockinczyc, n° 47).

Cette malade s'est toujours plainte de troubles du transit (alternance de diarrhée-constipation). Ces troubles prennent un caractère d'occlusion aiguë et la malade est hospitalisée. L'occlusion cède spontanément. Une radiographie, pratiquée un mois après, montre une sténose du sigmoïde. Une laparotomie est pratiquée deux mois après l'occlusion aiguë.

— *Observation n° 4 :* (Hauck, n° 31).

Cette malade souffre de constipation et de distension abdominale depuis 5 mois. Elle est hospitalisée pour une occlusion aiguë qui guérit après traitement médical. Quelques jours après on pratique une radiographie montrant un rétrécissement du sigmoïde et on décide une intervention.

— *Observation n° 5 :* (White, publié dans la discussion de l'article de Hauck, n° 31).

Il s'agit d'une femme dans les antécédents de laquelle on note une dysménorrhée ancienne. Elle se plaint de constipation progressive durant ces dernières semaines. Elle entre à l'hôpital pour une occlusion aiguë qui nécessite une laparotomie d'urgence.

— *Observation n° 6 :* (Cadenat, n° 8).

C'est l'observation d'une femme qui présente des crises subocclusives caractérisées par une constipation et un météo-

risme depuis un mois. Elle entre à l'hôpital pour une crise de subocclusion grave mais il n'y a jamais d'occlusion aiguë véritable car même au moment de la crise il existe une émission de gaz. On pratique une laparotomie trois jours après.

— *Observation n° 7 :* (Carcassonne, n° 9).

Cette malade présente des crises d'alternative de diarrhée et de constipation depuis 18 mois. En mai 1952, on note une crise subocclusive. Puis tous les mois, les crises de subocclusion se reproduisent, augmentant chaque fois d'intensité jusqu'en septembre 1952 où la crise revêt un caractère inquiétant, toutefois il existe une émission de gaz. Le traitement médical mis en œuvre provoque une débacle. On opère quelques jours après.

— *Observation n° 8 :* (Patton, n° 49).

Il s'agit d'une femme qui a constaté il y a deux mois une dysménorrhée et une constipation pendant les règles. Elle entre à l'hôpital pour une occlusion aiguë et est opérée d'urgence.

— *Observation n° 9 :* (Picot, n° 51).

Cette malade entre à l'hôpital pour une occlusion aiguë. On ne trouve aucun antécédent digestif. L'occlusion cède au traitement médical. La malade refusant l'intervention repart chez elle. Un mois après elle revient pour un nouvel état occlusif et est opérée.

— *Observation n° 10 :* (Steadman, n° 63).

Il s'agit d'une malade qui présente une constipation depuis des années. Il y a six mois est apparue une dysménorrhée. Le 30 août 1948 elle entre à l'hôpital pour une crise de subocclusion. Une radiographie montre une sténose du sigmoïde. La

malade refuse toute intervention. Les crises de subocclusion se reproduisent jusqu'au 18 septembre 1949, date à laquelle elle présente une occlusion aiguë nécessitant une laparotomie d'urgence.

Nous rapprocherons de ces 10 cas, deux cas dans lesquels l'endométriose a été découverte au cours d'une opération gynécologique et où, secondairement, des phénomènes occlusifs ont exigé une deuxième intervention.

— *1er Cas :* (Funck-Brentano, n° 23).

Il s'agit d'une femme opérée pour fibrome. On découvre alors un pli circulaire du sigmoïde (qui ne donnait aucun signe). Un mois après cette femme présente un état occlusif nécessitant une laparotomie.

— *2e Cas :* (Isidor, publié dans la discussion de l'article de Funck-Brentano, n° 23).

Il s'agit d'une malade opérée pour fibrome. Lors de l'intervention on remarque un pli circulaire du sigmoïde (ne donnant aucun signe fonctionnel). Quinze jours après il se développe un état de subocclusion de caractère assez sévère.

Quels ont été les signes de début dans ces 10 observations ?

— il semble que le premier signe soit d'ordre digestif dans 6 cas, d'ordre gynécologique (dysménorrhée) dans 2 cas, une association de signes digestif et gynécologique dans 1 cas, cependant que dans 1 cas (cas n° 10) le signe inaugural est difficile à préciser.

— on note dans deux cas (cas n° 2 et cas n° 9) une occlusion aiguë d'emblée, non précédée de signes digestifs.

Quelle a été la durée des signes ? Autrement dit, peut-on essayer d'évaluer le temps d'évolution d'une endométriose colique avant son aboutissement à un état occlusif sévère.

Il nous apparaît que les cas peuvent être répartis en deux grands groupes.

Premier groupe : groupe à évolution longue où peuvent se ranger les observations n° 3, n° 5, n° 10, dans lesquelles le début est difficile à préciser, mais où la maladie semble évoluer depuis longtemps. Nous incorporerons également dans ce groupe le cas n° 7 où les signes ont débuté il y a 18 mois.

Deuxième groupe : groupe à évolution courte dans lequel se placent les cas n° 1, n° 2, n° 4, n° 6, n° 8, n° 9 où l'évolution se chiffre par une durée de quelques mois.

Nous pensons donc que, s'il est exact comme il est classique de le dire, que l'endométriose se caractérise par une longue durée d'évolution avant de donner des signes relativement intenses, et nous pensons aux nombreuses observations dans lesquelles une résection du sigmoïde a été faite, car la malade présentait depuis un temps assez long des phénomènes intestinaux augmentant peu à peu d'intensité (cas qui auraient peut-être abouti à une occlusion aiguë), s'il est également exact que l'endométriose colique puisse rester longtemps latente, et nous prenons pour exemple une observation dans laquelle les auteurs remarquent une lésion sigmoïdienne lors d'une hystérectomie et où les signes intestinaux n'apparaissent que 4 ans et demi après; dans quelques cas une endométriose colique peut avoir une évolution très rapide et peut même se traduire par une occlusion aiguë d'emblée.

Par quelle méthode l'occlusion fut-elle guérie ? Dans deux cas il ne s'agissait que de subocclusion, dans un cas l'occlusion guérit spontanément, dans deux cas ce fut un traitement médical qui dissipa les phénomènes occlusifs et dans cinq cas il fut nécessaire de pratiquer une laparotomie après échec du traitement médical.

Ainsi, cinq cas n'eurent pas de traitement chirurgical urgent, la laparotomie se déroula quelques jours après sur un intestin préparé et sur une malade rééquilibrée. Deux malades toutefois, se croyant guéries, refusèrent le traitement et regagnèrent leur domicile. Toutes deux furent bientôt hospitalisées à nouveau et acceptèrent l'intervention.

2° *Hémorragie digestive.*

Elle nous a semblé plus fréquente que le disent les classiques. Nous l'avons, en effet, trouvée dans 23 cas, (soit 21,2 % des cas). Dans la plupart des cas pourtant, lors de l'examen histologique de la pièce opératoire, la muqueuse intestinale était normale et non envahie par la poussée endométriale. C'est la raison pour laquelle le mécanisme de cette hémorragie est très obscur (ulcération temporaire de la muqueuse lors des règles ? Association fréquente d'hémorroïdes expliquée par des troubles de la circulation veineuse de retour dus à l'endométriose ?)

3° *Caractère rythmique des signes.*

Nous avons étudié la rythmicité des signes dans nos 108 observations : dans 45 cas la symptomatologie est rythmée par rapport au cycle génital, dans 18 cas les auteurs mettent l'accent sur le fait que les signes ne sont pas rythmés et enfin, dans 45 cas les auteurs ne mentionnent rien sur ce point particulier, mais encore convient-il d'ôter de ces 45 cas, les 23 cas où l'endométriose était silencieuse et fut découverte lors d'une opération gynécologique.

Très souvent donc, nous retrouvons la rythmicité de la symptomatologie décrite par la plupart des auteurs comme un fait important de la maladie.

Eléments de diagnostic

Existe-t-il des signes qui permettent de penser à une endométriose en face d'une occlusion aiguë ? C'est évidemment au diagnostic différentiel avec les épithéliomas coliques gauche que la plupart des auteurs pensent.

1° *Signes fonctionnels :*

Il s'agit d'une femme jeune (30 à 50 ans) en activité génitale encore que parmi nos 108 observations 8 ont dépassé la cinquantaine et parmi celles-ci, six ont plus de 60 ans et sont ménopausées depuis plusieurs années.

Ces femmes ont un bon état général (pas d'amaigrissement) malgré des signes qui durent depuis longtemps (longue symptomatologie).

Un caractère important est l'augmentation des signes lors des règles, quoique le temps fasse disparaître parfois ce caractère de rythmicité. Notons également l'aggravation des signes à chaque cycle menstruel successif.

Ces femmes présentent souvent une stérilité inexpliquée. L'association de phénomènes gynécologiques peut aider au diagnostic : dysménorrhée, classiquement acquise tardive, ménométrorragies, dyspareunie.

2° *A l'examen physique :*

On peut trouver des lésions gynécologiques associées (fibrome, masse latéro-utérine) ou des lésions d'endométriose

du Douglas : nodules du Douglas qui sont très douloureux au toucher et dont le volume peut varier selon la période du cycle; ces nodules peuvent saillir sur la muqueuse vaginale et présenter une teinte bleuâtre caractéristique.

3° *Examens complémentaires :*

— a) *Radiographie* (lavement baryté).

Très souvent la radiographie montre une conservation des caractères normaux de la muqueuse, ce qui permet d'exclure une lésion maligne.

Dans nos 108 observations le lavement baryté fut exécuté dans 58 cas et l'interprétation des lésions a été la suivante :

— lésion bénigne dans 26 observations,
— lésion bénigne mais cancer ne peut pas être exclu dans 8 observations,
— cancer dans 10 observations,
— pas spécifié dans 9 observations.

Donc, dans 26 cas, soit 44,8 % des cas l'aspect est bénin.

— b) *Rectoscopie :* On a vu que souvent elle est négative; notons toutefois que, fréquemment dans ces cas, elle est impossible car la progression de l'appareil est arrêtée par la douleur ou par une angulation de l'intestin.

4° *Nous ne citerons que pour mémoire l'épreuve thérapeutique* par injection de folliculine qui active les lésions et fait réapparaître les douleurs. Elle est rarement mise en œuvre et n'aurait pas donné les résultats désirés. D'autre part, elle n'est pas sans danger.

5° *Cœlioscopie :* Nous n'avons pas d'observation dans laquelle la cœlioscopie a été pratiquée. Pourtant il est vrai-

semblable que cet examen puisse mettre en évidence deux sortes de signes :

— *a*) des signes directs, c'est-à-dire la lésion sigmoïdienne,

— *b*) des signes indirects, c'est-à-dire lorsqu'elles existent, les lésions d'endométriose sur les divers organes du bassin. Nous décrirons les différents aspects de ces lésions au chapitre suivant.

6° *Lors de la laparotomie :*

— *a*) le diagnostic peut être aidé par l'existence de lésions d'endométriose pelvienne ou gynécologique; kystes goudrons des ovaires; nodules rougeâtres sur le péritoine; petits kystes bleuâtres sur les ovaires, le péritoine, le fond du Douglas, sur l'intestin; adhérences étendues; fibrose importante; petites tâches de sang noirâtre, poisseux.

Il convient toutefois de se méfier de la possibilité de lésions associées et l'observation décrite par Poilleux en est un exemple, il s'agit d'une malade opérée pour lésion génitale, lors de la laparotomie on a l'impression qu'il s'agit d'une endométriose ovarienne, on trouve alors une lésion d'aspect cancéreux sur le sigmoïde. On ne touche pas à l'intestin. L'histologie confirme l'endométriose. Cependant, le chirurgien inquiet pratique une deuxième intervention deux mois après, enlève la lésion sigmoïdienne qui histologiquement se révèle être un épithélioma.

— b) *La lésion sigmoïdienne.*

Elle a très souvent l'aspect d'un cancer; les auteurs américains décrivent trois différences : la striction ne tend pas à encercler l'intestin, la tumeur peut être soulevée et mobilisée sans mouvoir l'intestin, il n'y a pas d'adénopathies.

En fait, souvent la lésion macroscopique a un aspect cancéreux et parmi nos 108 observations c'est seulement dans six cas que les auteurs notent des différences d'aspect assez importantes avec un épithélioma, dans 4 cas notamment où il existe des petits kystes bleus sur la tumeur et dans deux cas où ils signalent que la tumeur ressemble un peu à un cancer mais est rouge et hypercongestive.

On comprend de ce fait le grand intérêt de la biopsie extemporanée pour faire le diagnostic différentiel avec le cancer et éviter ainsi des résections élargies inutiles.

5° *Diagnostic histologique :*

L'histologie apporte dans tous les cas la confirmation du diagnostic, souvent c'est seulement par cette méthode que le diagnostic est effectué.

Ce diagnostic histologique est facile et les coupes présentent toujours le même aspect caractéristique.

En ce qui concerne notre malade, elle présentait dans les années précédant l'apparition de l'occlusion des douleurs pelviennes augmentant lors des règles, s'irradiant vers la région sacrée, ne présentant à vrai dire aucun caractère très particulier pouvant faire penser à l'existence d'une endométriose. A l'opération l'aspect trompeur de la tumeur nous a fait penser à un cancer encore que la tumeur constatée n'avait pas l'aspect rétracté, scléreux, « en ficelle » qui est le propre des épithéliomas coliques gauche. On percevait sur toute la circonférence colique au niveau de la tumeur une dureté mais plus élastique que celle des cancers. Par ailleurs, la surface colique à ce niveau était parsemée de formations lenticulaires pédiculées de coloration brunâtre qui auraient pu faire évoquer la nature exacte de la tumeur colique. C'est d'ailleurs une biopsie de l'une de ces formations qui a permis d'établir qu'il

s'agissait d'une endométriose. Les lésions gynécologiques associées étaient absentes puisque l'utérus ferme était de forme normale, légèrement augmenté de volume, et les annexes étaient attirées et fixées dans le fond du Douglas par des adhérences solides comme on l'a constaté lors de l'hystérectomie secondaire qui fut nécessaire. Tout ceci n'avait rien de bien caractéristique en faveur de l'endométriose et ne différait guère de l'aspect de séquelles d'une salpingo-ovarite bilatérale ancienne. Au total, dans notre observation comme dans les nombreuses observations que nous avons colligées le diagnostic fut un diagnostic histologique.

Le prélèvement fut facile dans notre cas puisqu'il existait de petites formations pédiculées à partir de la paroi colique.

Traitement

Le traitement de l'endométriose est un problème difficile, délicat. Les opinions varient selon les auteurs, mais tous s'accordent à dire que le traitement est difficile à codifier et, à l'extrême, on peut presque dire qu'il existe un traitement particulier pour chaque cas. Nous verrons d'ailleurs par la suite que de nombreux facteurs influencent la conduite thérapeutique.

Nous envisagerons dans un premier chapitre les méthodes de traitement que nous diviserons en médicale, physiothérapique, chirurgicale. Dans un deuxième chapitre, les indications et dans un troisième chapitre les résultats.

1° MÉTHODES DE TRAITEMENT

a) Traitement médical :

Il comprend, d'une part, les antalgiques banaux et, d'autre part, l'hormonothérapie.

— Les antalgiques banaux contre les douleurs, contre la dysménorrhée, disons tout de suite que c'est une forme déguisée d'abstention thérapeutique.

— L'hormonothérapie :

Toutes les hormones génitales ont été employées dans le traitement de l'endométriose.

Les androgènes : la posologie nous est difficile à préciser car elle est variable selon les auteurs et également selon les cas,

c'est par tâtonnement que l'on arrive à fixer la dose correcte. Les doses moyennes peuvent être fixées à 400 mg par mois pour le traitement d'attaque et à 100 mg par mois comme traitement d'entretien.

Les œstrogènes : ils ont été employés par certains, qui les préconisent à hautes doses employant jusqu'à 100 mg par jour. C'est un traitement paradoxal refusé par la plupart.

Les progestatifs qui agissent de la même manière que la testostérone.

Les nouveaux progestatifs de synthèse : Actuellement l'hormonothérapie s'est enrichie grâce à l'apparition de nouveaux progestatifs de synthèse du type Norethynodrel. L'emploi de ces nouveaux corps dans le traitement de l'endométriose se base sur le fait que la grossesse améliore souvent l'endométriose.

Selon la méthode de Kistner on commence le traitement par une dose minime de l'ordre de 5 à 10 mg par jour, on poursuit jusqu'à l'apparition de pertes sanguines sous traitement. A ce moment, on augmente de 5mg par jour et ainsi de suite toute les fois qu'un écoulement sanguin apparaît. On arrive ainsi à établir la dose minima active, qui se situe généralement entre 20 et 30 mg par jour mais qui peut être plus élevée chez certaines femmes. On maintient, sans aucune interruption cette posologie, jusqu'à résorption du tissu endométrial ectopique. Il faut généralement entre six mois et un an pour obtenir cet effet.

Certains auteurs (Netter - Villedieu) tout en reconnaissant que le traitement continu est généralement plus vite efficace tentent dans un premier temps un traitement discontinu respectant la menstruation. Ce traitement discontinu procurerait parfois de bons résultats.

— *b*) Traitement physiothérapique : il comprend la radiothérapie sur les ovaires à dose de castration.

— c) Traitement chirurgical : on peut diviser ce chapitre en chirurgie gynécologique, chirurgie digestive, association des deux chirurgies.

La chirurgie gynécologique : elle comprend essentiellement deux méthodes : la méthode conservatrice, c'est-à-dire l'exérèse limitée des lésions endométriales gynécologiques et la méthode mutilante consistant en la castration.

La chirurgie digestive : peut réaliser soit une exérèse large, soit une exérèse limitée.

Association de chirurgie digestive et gynécologique : c'est la combinaison des différents types d'opérations signalées plus haut.

2° INDICATIONS

Nous nous trouvons en face d'un des problèmes les plus délicats que pose l'endométriose, en effet, de nombreux facteurs interviennent dans la décision, souvent grave, du choix de l'acte à accomplir. Nous citerons d'abord les principaux facteurs qui entrent en jeu :

— *a*) l'âge de la malade et nous opposerons les malades jeunes et les malades près de la ménopause.

— *b*) l'étendue des lésions rendant parfois impossible sinon dangereuse l'exérèse des foyers d'endométriose. Nous pensons à certains endométriomes du Douglas qui ne peuvent être enlevés sans risque de blessure d'un uretère ou du rectum, certains endométriomes recto-sigmoïdiens dont l'ablation rendrait impossible un rétablissement de la continuité intestinale.

— *c*) le désir de maternité.

— *d*) l'intensité des symptômes.

— e) le diagnostic : est-il établi de façon sûre avant la laparotomie? S'agit-il d'une récidive exigeant alors une castration ?

Nous allons toutefois essayer de schématiser le traitement des endométrioses du colon, tel qu'il est admis par la plupart des auteurs. Les endométrioses digestives ne nécessitent un traitement chirurgical particulier que lorsqu'elles entraînent des troubles importants du transit.

1° *Dans les endométriomes isolés du colon.*

S'il s'agit d'une femme jeune voulant des enfants nous pratiquerons une résection du sigmoïde.

S'il s'agit d'une femme près de la ménopause nous pourrons essayer d'attendre la ménopause en utilisant soit des antalgiques banaux, soit l'hormonothérapie.

Si enfin, on est en présence d'une femme encore assez loin de la ménopause, nous pratiquerons une castration et une résection du sigmoïde. Toutefois, cette deuxième opération sera facultative, car l'endométriome régressera après castration. Cependant la majorité des auteurs s'accorde sur le fait que s'il existe des phénomènes de subocclusion la résection sera nécessaire et nous avons plusieurs observations, où après castration les phénomènes digestifs se sont poursuivis durant longtemps obligeant à une résection colique.

2° *En présence d'une endométriose étendue.*

Chez une femme jeune nous tenterons un traitement conservateur, résection du sigmoïde et excision des zones atteintes (des petits kystes chocolat).

Chez une femme âgée nous pratiquerons une castration et une résection du sigmoïde.

Dans le cas particulier d'une occlusion aiguë ou d'une subocclusion grave exigeant un traitement urgent, nous essayerons de vaincre l'occlusion aiguë par un traitement médical (aspiration, réhydratation et rééquilibration biologique, antispasmodiques) en vue d'intervenir à froid sur un intestin préparé. En cas d'échec nous nous bornerons à pratiquer un anus iliaque de décharge.

3° RÉSULTATS

Ayant exposé les moyens dont nous disposons et la manière de les mettre en œuvre, voyons maintenant les résultats en reprenant successivement, le traitement médical, le traitement radiothérapique, le traitement chirurgical.

Traitement médical : Souvent l'emploi de l'hormonothérapie (hormonothérapie mâle le plus souvent) se traduit par un échec, cependant dans les cas de femmes présentant les signes de la « préménopause » elle donne le temps à cette dernière de s'installer amenant la guérison de la maladie, et dans quelques cas d'endométriose peu étendue elle aurait permis l'installation d'une grossesse, laquelle serait pour certains capable de donner une régression de l'endométriose.

Actuellement les nouveaux progestatifs de synthèse ont fait naître un espoir dans la thérapeutique de l'endométriose et nous avons relevé l'observation suivante d'un cas traité avec succès par ces produits.

Observation de Polloson et Rochet, n° 52.

M^lle^ B. E..., 34 ans, se plaint depuis deux mois de douleurs lombaires pelviennes s'accompagnant de petits troubles urinaires et de troubles coliques. L'examen gynécologique ré-

vèle une tumeur pelvienne mal limitée bombant dans le Douglas. Laparotomie le 20 novembre 1961 : On trouve une énorme tumeur bilatérale des ovaires enserrant le sigmoïde dans sa portion basse, l'ensemble forme un bloc d'aspect malin. On se contente de ponctionner la tumeur et on prélève un fragment de la poche ponctionnée. L'examen anatomo-pathologique répond endométriome. Un lavement baryté montre un rétrécissement important du recto-sigmoïde. On opte pour un traitement par le norethynodrel. En mai 1962 un lavement baryté montre une image normale : le rétrécissement a disparu. L'examen clinique montre une régression des lésions. Le 6 octobre 1962 la malade se plaint de douleurs pelviennes. On décide une laparotomie. Le pelvis est transformé, il n'y a plus de tumeur sauf un kyste de l'ovaire droit et des petits kystes goudrons de l'ovaire gauche. Le Douglas est symphysé par des adhérences scléreuses. On pratique une annexectomie bilatérale. L'examen anatomo-pathologique des deux ovaires n'a pas retrouvé d'endométriose.

Cependant nous manquons de recul pour juger de façon précise ces produits et des études ultérieures sont nécessaires pour discerner leur place exacte dans le traitement de l'endométriose (place primordiale ? médication adjuvante de la chirurgie conservatrice ?).

Traitement physiothérapique : il est abandonné par la majorité qui lui reproche d'être un traitement aveugle ne faisant pas le diagnostic différentiel avec un épithélioma, il comporte également le risque d'activer une infection pelvienne latente, il est enfin d'un dosage difficile.

Traitement chirurgical : le traitement conservateur. Il est accompagné d'un pourcentage non négligeable d'échecs soit

que l'on pratique une résection intestinale et les douleurs pelviennes ne disparaissent pas ou s'aggravent peu à peu, soit que l'on pratique une intervention gynécologique conservatrice et secondairement il apparaît une subocclusion ou même une occlusion aiguë.

En fait, si beaucoup d'auteurs optent pour un traitement conservateur chez les femmes jeunes, c'est en connaissance de cause et en avertissant les malades des risques de récidives et d'une deuxième opération nécessaire. Ils essayent ainsi d'éviter à ces femmes une mutilation gynécologique, de conserver leur intégrité génitale et la possibilité de maternité.

Le traitement mutilant : La castration. On sait que le développement de la maladie endométriale est sous l'étroite dépendance de la sécrétion de folliculine et que la castration seule permet d'arrêter l'évolution de la maladie. Ce traitement donne donc d'excellents résultats, malheureusement il impose une mutilation gynécologique grave chez une femme jeune l'obligeant à renoncer à tout désir de maternité et à subir les inconvénients d'une ménopause non compensable par des petites doses de folliculine (nous avons en effet une observation dans laquelle la prise de petites doses de folliculine après castration a donné une reprise des douleurs dues à l'endométriose).

Dans notre observation nous avons tenté chez cette femme jeune de préserver les organes génitaux et avons préféré accomplir une résection colique. Malheureusement, et cela malgré un essai d'hormonothérapie mâle, nous avons secondairement dû faire une hystérectomie.

CONCLUSIONS

A la suite d'un cas d'endométriose du sigmoïde ayant donné une occlusion aiguë, nous avons revu les cas publiés dans la littérature et nous avons regroupé 108 cas.

Nous avons étudié dans ces 108 cas : les signes d'appel, les signes fonctionnels, les signes d'examen physique, les examens complémentaires (radiographie, rectosigmoïdoscopie), les découvertes de la laparotomie.

Dans un deuxième chapitre nous avons revu : le problème de l'occlusion qui fut le signe d'appel dans 10 cas. Dans 5 cas cette occlusion a nécessité une laparotomie d'urgence. Parfois cette occlusion s'est produite après un temps d'évolution de la maladie très court, parfois même elle en fut le premier signe.

Nous avons ensuite revu la question de l'hémorragie digestive qui nous a semblé fréquente, le problème du caractère rythmique des signes que nous avons souvent retrouvé.

Dans un troisième chapitre nous avons abordé le problème du diagnostic en pensant au diagnostic différentiel avec un épithélioma sigmoïdien. En faveur d'une endométriose on

note qu'il s'agit d'une femme jeune, en bon état général malgré une longue symptomatologie, l'augmentation des signes lors des règles. A l'examen on peut trouver des lésions d'endométriose gynécologique. La radiographie montre une sténose ou une lacune avec conservation des caractères normaux de la muqueuse. A la laparotomie des lésions typiques d'endométriose pelvienne peuvent aider au diagnostic, cependant que la lésion sigmoïdienne ressemble à un cancer, d'où l'intérêt de la biopsie extemporanée. L'histologie confirme le diagnostic.

Dans un dernier chapitre nous avons abordé le délicat problème du traitement. On a revu les méthodes : traitement médical (hormonothérapie), radiothérapie, traitement chirurgical : chirurgie gynécologique conservatrice ou mutilante, chirurgie digestive exérèse limitée ou large, association des deux chirurgies.

Nous avons ensuite classé les indications en insistant sur le fait que le choix de l'opération est toujours délicat car il dépend de nombreux facteurs.

Quels sont les résultats du traitement ? Seule la castration assure avec certitude une guérison mais elle impose une mutilation grave et c'est pour cela que beaucoup préfèrent le traitement conservateur connaissant les risques de récidive.

Actuellement les nouveaux progestatifs de synthèse on fait naître un espoir dans le traitement de l'endométriose et nous

avons résumé un cas traité avec succès par ces produits. Cependant nous manquons de recul pour juger leur place exacte dans la thérapeutique de cette maladie.

Vu : *Le Président de Thèse,*

P. GUILHEM.

Vu : *Le Doyen,*

Pour le Doyen : l'Assesseur,

P. BLANC.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 28 mai 1964.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

A. LOYEN.

BIBLIOGRAPHIE

1 ARTHUR. — Endométriose du colon, *Proceedings Royal Société Of Médecine,* juillet 1946, n° 39, p. 575.

2 BAILLO Paul. — Thèse Toulouse, 1949.

3 BARTLETT. — Endométriose du sigmoïde, *American Journal of Surgery,* juillet 1935, n° 29, p. 122.

4 BEN ASCHER. — Endométriose recto-sigmoïdienne, *American Journal Digest Disease,* mai 1944, n° 11, p. 141.

5 BERGERET RACHET. — Endométriome du sigmoïde, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* juin 1939, n° 65, p. 959.

6 BROCQ VARANGOT. — Rapport du Congrès français de chirurgie, 48e session.

7 BLUM HURTER. — Endométriome recto-sigmoïdien, *Lyon chirurgical,* janvier 1949, n° 44, p. 63.

8 CADENAT. — Endométriose du sigmoïde, *Mémoires de l'Académie de chirurgie,* juillet 1939, n° 65, p. 970.

9 CARCASSONNE. — Endométriose du sigmoïde, *Société de chirurgie de Marseille,* janvier 1953, p. 159.

10 CATTEL. — Endométriose du colon donnant une occlusion, *New England Journal of Médecine,* juillet 1937, n° 217, p. 9.

11 COLCOCK LAMPHIER. — Endométriose du gros intestin. *Surgery,* décembre 1950, n° 28, p. 997.

12 COTTE. — Endométriose de l'intestin, *Lyon Chirurgical,* janvier 1948, n° 43, p. 123.

13 CRISMER DRÈZE. — Endométriose du sigmoïde, *Revue Médicale de Liège,* novembre 1961, n° 16, p. 609.

14 CRISMER GUILLARD. — Deux cas d'endométriose du sigmoïde, *Presse Médicale*, 7 avril 1962, n° 70, p. 17.

15 DAVIS ALEXANDER. — Chirurgie de l'endométriose du colon, *American Journal of Surgery*, février 1963, n° 105, p. 250.

16 DAWSON. — Invasion du sigmoïde par endométriose, *Médical Journal of Australia*, novembre 1929, n° 2, p. 676.

17 DELANNOY PATOIR. — A propos des endométrioses du sigmoïde, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, juin 1956, n° 82, p. 667.

18 DELMAS FARIZON. — Endométriose du sigmoïde, *Journal de Radiologie et Electrologie et de Médecine Nucléaire*, décembre 1958, p. 896.

19 DOUAY : Endométriose du colon pelvien, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1941, n° 67, p. 266.

20 DUKES. — Endométriose du colon pelvien, *Proceedings Royal Society Medecine*, avril 1938, n° 31, p. 693.

21 FARRELL HUNTER. — Endométriose du recto sigmoïde, *Souther Médical*, novembre 1960, n° 53, p. 1441.

22 FITZGIBBON. — Endométriose du colon, *Canada Médical Association Journal*, mai 1958, vol. 78, p. 701.

23 FUNCK BRENTANO. — Endométriome du sigmoïde, *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique*, octobre 1956, n° 8, p. 598.

24 FUNCK BRENTANO. — Endométriose du sigmoïde, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, juin 1956, n° 82, p. 553.

25 GELIN LEEMPOEL. — Endométriose du colon forme néoplasique, *Acta Gastro-Entérologica Belgica*, août 1956, n° 19, p. 599.

26 GORSE BARDIN. — Endométriose du sigmoïde, *Archives des maladies de l'appareil digestif*, novembre 1947, n° 36, p. 604.

27 GOVERNALE FIORETTI. — Endométriose du colon. Traitement. *Revue de gastro-entérologie de New York*, juillet 1953, n° 20, p. 510.

28 GRIGSBY. — Endométriose, *Southern Surgeon*, 1941, n° 10, p. 8.

29 GUFF DOCKERTY. — Endométriose donnant une occlusion intestinale, *Proceedings Of The Staff Meeting Of The Mayo Clinic*, avril 1948, n° 23, p. 215.

30 GUIAS MINET. — Endométriose du recto-sigmoïde, *Paris Médical*, 5 octobre 1946, n° 2, p. 430.

31 HAUCK. — Endométriose du colon, *Annals Of Surgery*, juin 1960, n° 151, p. 896.

32 HENRIKSEN. — Endométriose, *American Journal of Surgery*, 1955, n° 90, p. 866.

33 HEPBURN. — Endométriose donnant une occlusion intestinale, *New England Journal of Médecine*, juillet 1937, n° 217, p. 6.

34 JENKINSONN BROWN. — Endométriose étude de 170 cas, *Jama*, 1943, n° 122, p. 349.

35 JONHSONN COPOLLA. — Complication des endométrioses du sigmoïde, *Southern Médical Journal*, juillet 1957, n° 50, p. 893.

36 KAY. — Endométriose du colon, *Journal of Obstétric et gynécology du British Empire*, décembre 1956, n° 63, p. 911.

37 KRATZER SALVATI. — Endométriose du colon, *American Journal of Surgery*, 3 septembre 1960, n° 100, p. 381.

38 LARGET DEVARS ISIDOR. — Endométriose du Douglas, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, février 1959, n° 85, p. 4.

39 MACLEAN. — Endométriose du gros intestin, *Canada Médical Association Journal*, mars 1936, n° 34, p. 253.

40 MADDING SPENCER. — Endométriome du sigmoïde et occlusion intermitente de l'intestin, *American Journal of Surgery*, janvier 1954, n° 87, p. 133.

41 MAILLET DUROUX. — Endométriose du sigmoïde donnant une occlusion, *Lyon Chirurgical*, novembre 1945, n° 40, p. 758.

42 MARSHACK FRIEDMAN. — Endométriose du gros intestin traitée par la testostérone, *Gastro-entérology*, avril 1950, n° 14, p. 776.

43 MATRY. — Endométriose du sigmoïde, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, mai 1930, n° 56, p. 785.

44 MONAT. — Deux cas de sténose intestinale par endométriose, *Journal de Chirurgie*, 1927, n° 2, p. 336.

45 MONDOR. — Endométriose ombilicale, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, janvier 1939, n° 65, p. 6.

46 MONGES PAYAN. — Endométriose intestinale, *Gazette Médicale de France*, 25 octobre 1960, n° 67, p. 2045.

47 OCKINCZYC. — Trois cas de tumeurs bénignes du colon pelvien, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 26 février 1936, p. 271.

48 PAPIN. — Endométriose du sigmoïde donnant une sténose, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* mars 1939, n° 65, p. 418.

49 PATTON. — Endométriose du sigmoïde donnant une occlusion aiguë, *American Journal Of Surgery,* 1941, n° 53, p. 265.

50 PELNER. — Traitement de l'endométriose du colon par la testostérone, *Gastroentérologie Baltimore,* mai 1959, n° 36, p. 709.

51 PICOT. — Occlusion par endométriose du colon pelvien chez une femme de 73 ans, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* 1949, n° 75, p. 814.

52 POLLOSSON et ROCHET. — Société de gynécologie et obstétrique, groupement de Lyon, séance du 4 mars 1963.

53 POOLE. — *Canada Médical Association Journal,* 22 avril 1961, n° 84, p. 903.

54 ROGERS. — Traitement de l'endométriose du colon, *American Surgeon,* septembre 1959, n° 25, p. 654.

55 RYLEY. — Endométriose de l'intestin, *Canada Médical Association Journal,* 1956, n° 75, p. 15.

56 SAMPSON. — Endométriose Intestinale, *Archives of Surgery,* 1922, n° 5, p. 217.

57 SARI ALI. — Thèse Toulouse 1961.

58 SARZIN FARIZON. — Endométriome du sigmoïde, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* 8 juillet 1959, n° 85, p. 586.

59 SCHOFIELD BACON. — Endométriose du rectum et du sigmoïde, *Annals of Surgery,* juin 1938, n° 107, p. 1022.

60 SEILLE. — Endométriose du sigmoïde, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* 1941, n° 67, p. 247.

61 SOLOW CIAMPA. — Endométriose du colon, *American Journal of Proctology New York,* octobre 1958.

62 SPJUT PERKINS. — Endométriose du recto sigmoïde, étude radiologique, *American Journal of Roentgenology,* décembre 1959, n° 82, p. 1070.

63 STEADMAN. — Endométriose du sigmoïde donnant une occlusion, *Journal of the International College of Surgeons,* septembre 1950, n° 14, p. 316.

64 SUTLER. — Endométriose de l'intestin, *Surgery*, novembre 1947, n° 22.

65 TAGART. — Endométriose du colon, *British Journal of Surgery*, juillet 1959, n° 47, p. 27.

66 VANDIESTL DE BAST. — Endométriose latente du sigmoïde, *Bruxelles Médical*, 14 mai 1961, n° 41, p. 701.

67 WEBSTER. — Endométriose avec obstruction intestinale, *American Practitionner*, mars 1961, n° 12.

IMPRIMERIE MODERNE
43, rue Voltaire, AGEN

Dépôt légal n° 554 - 1964